1885-1886 N° 32

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

A ROCHEFORT

PENDANT L'HIVER EN 1886

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 16 avril 1886,

PAR

LOUIS RÉTEAUD

Né à Rochefort (Charente-Inférieure), le 15 décembre 1855

Noms des examinateurs : LAYET, *président*. PICOT. LANDE. ARTIGALAS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.

1886

1885-1886 N° 32

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

A ROCHEFORT

PENDANT L'HIVER EN 1886

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 16 avril 1886,

PAR

LOUIS RÉTEAUD

Né à Rochefort (Charente-Inférieure), le 15 décembre 1855

Noms des examinateurs :

- LAYET, *président.*
- PICOT.
- LANDE.
- ARTIGALAS.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ROCHEFORT

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE CH. THÈZE, RUE CHANZY, 123.

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ.... Doyen honoraire. — M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires
BITOT..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, agrégé. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. DEMONS. DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCE

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ.
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enf.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants.	BITOT.	Maladies mentales	N.....

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A Monsieur BOURRU

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rochefort.

A Monsieur A. LAYET

Professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Hommage respectueux.

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

A ROCHEFORT

PENDANT L'HIVER EN 1886

Si l'on envisage d'une façon générale les maladies qui ont régné à Rochefort, pendant les trois premiers mois de l'année 1886, on est d'abord frappé par ce fait que leur nombre a été beaucoup plus élevé qu'aux époques correspondantes des années précédentes.

Cette augmentation n'est pas due à une recrudescence des maladies qui constituent la pathologie ordinaire de la ville à cette saison de l'année. A ne prendre que les manifestations extrêmes des affections observées, qui constituent l'augmentation du nombre des malades, on pourrait croire qu'on a affaire à des maladies bien déterminées et tout à fait distinctes ; mais, dans la majorité des cas, ces types se succèdent, se compliquent, chez le même malade ; l'allure générale reste toujours la même, et quelle que soit la mani-

festation qui prédomine, l'évolution clinique offre de nombreux points de contact, tant dans les cas les plus simples que dans les plus compliqués.

Aussi, *à priori*, semble s'imposer l'idée d'une cause unique, ayant engendré des manifestations différentes.

Il s'agirait donc là d'une véritable constitution épidémique, qui, affectant d'une manière particulière chaque individu, aurait produit une maladie différente en apparence de celle d'un autre, mais dont le caractère générique reste identiquement le même.

Le nombre des personnes atteintes a été très considérable, et cela sans distinction d'habitat, de profession, de condition sociale. Aucun quartier de la ville n'est resté indemne, et les cas ont été aussi nombreux dans toutes les classes de la société, dans l'élément militaire comme dans la population civile.

D'une manière générale, les affections observées sont restées bénignes ; pour quelques-unes cependant la gravité a été très grande : il y a même eu des cas de mort à enregistrer. Ce sont précisément ces cas observés dans le service de clinique de l'Hôpital maritime, qui nous ont décidé, sous l'inspiration de M. le professeur Bourru, à faire la relation de cette épidémie.

Examinant d'abord l'état sanitaire des casernes pendant les trois premiers mois de l'année et les cas légers traités à l'infirmerie, nous ajouterons ce que nous avons pu apprendre sur la population civile, où les éléments d'une observation rigoureuse font évidemment défaut. C'est par les cas traités à l'hôpital que la relation de l'épidémie se trouvera complétée. Nous nous efforcerons de justifier l'identité de la maladie se présentant sous des aspects bien divers, et de rechercher les causes qui, dans certaines circonstances, lui ont donné une gravité toute particulière.

Examinons d'abord ce qui s'est produit à la caserne de l'infanterie de marine.

En dépouillant avec soin le cahier de visite, on y voit que, depuis

les premiers jours de janvier, le quart environ des hommes se présentant à la visite se sont plaints de céphalalgie, de fièvre, souvent de coryza, de toux, d'enrouement, d'angine, d'embarras gastrique, de diarrhée. Tous ces symptômes, si différents au premier abord, semblent devoir se rapporter à la même cause quand on les examine de plus près.

Au point de vue des localisations de l'affection, nous voyons trois manifestations primer toutes les autres : angine, bronchite, catarrhe gastro-intestinal, et se partager à peu près les cas observés. Il y a cependant une plus grande fréquence de l'angine, une rareté marquée du catarrhe gastro-intestinal isolé, qui, en revanche, accompagne presque toujours les autres états. L'angine survient tantôt tout-à-coup, sans prodromes, c'est le cas le plus rare. Le plus souvent, en effet, elle est précédée pendant un jour ou deux par du coryza, de la céphalalgie, de la courbature. Quand il y a de la fièvre, elle est légère. Tous les cas s'accompagnent d'enrouement, chez beaucoup même il y a aphonie complète.

Les bronchites s'accompagnent toujours de fièvre, légère la plupart du temps, d'une toux souvent très fréquente et quinteuse, sans aucun signe spécial autre que ceux de la bronchite simple ordinaire du côté de l'appareil respiratoire, c'est-à-dire quelques râles et une expectoration sans caractère particulier.

Mais dans ces cas, comme dans ceux d'angine cités plus haut, il y a souvent du catarrhe gastro-intestinal se manifestant soit par de l'anorexie, des nausées avec langue fortement saburrale, et dont l'ipéca vient facilement à bout, soit encore par de la diarrhée qui persiste pendant quelques jours. Les épistaxis ont été très fréquentes; souvent encore les crachats ont contenu du sang, en notable quantité.

Tels sont les caractères des cas observés chez les soldats à la caserne et traités à l'infirmerie. Nous parlerons plus loin de ceux qui, atteints plus gravement, ont été envoyés à l'hôpital.

La durée du traitement a été de quelques jours à peine, deux ou trois chez les hommes atteints d'angine légère, pour s'élever à huit

ou dix chez ceux atteints de bronchite ou d'embarras gastrique et de diarrhée. Ce sont là les deux extrêmes entre lesquels oscillent les journées de traitement à la chambre ou à l'infirmerie, remarquant toutefois que dans la majorité des cas, cinq à six jours ont suffi à juger et guérir l'affection.

Nous avons vu qu'au point de vue du nombre, c'est au quart des hommes se présentant chaque jour qu'il faut rapporter les symptômes énoncés plus haut. Le nombre a varié du quart comme terme moyen pour s'élever au tiers et descendre au cinquième. Ces fluctuations n'ont rien eu de régulier : il est impossible de saisir soit une augmentation qu'on pourrait chercher à relier à quelque action extérieure, soit des fluctuations régulières et bien déterminées permettant d'incriminer les fatigues, les exercices comme causes occasionnelles. En un mot, si on essayait de représenter par une courbe le nombre de malades, on aurait une ligne légèrement brisée, presque horizontale, et ne présentant aucun intérêt.

Il n'y a guère plus de renseignements à chercher dans la catégorie des hommes atteints. Tous les grades, toutes les fonctions ou professions y sont représentés. La prédominance bien marquée des jeunes soldats, la rareté des hommes ayant une profession qui les retient au quartier (cordonniers, tailleurs, etc.), ne tiennent sûrement qu'au rapport comme nombre des uns et des autres.

Tous les faits relatés ci-dessus ont été observés sur les soldats d'infanterie de marine occupant les casernes situées dans la partie Nord-Est de la ville, à une de ses extrémités, dans le quartier le plus élevé et réputé le plus sain. Il nous reste maintenant à voir ce qui s'est passé dans la seconde caserne, située à l'autre extrémité de la ville, au Sud-Ouest, dans la partie la plus déclive et passant pour la moins saine.

Cette caserne est occupée par un bataillon d'infanterie de marine et par la division des équipages de la flotte. Sur les soldats comme sur les matelots, c'est au milieu de janvier,le 14, que les premiers hommes atteints se présentent à la visite, un peu plus tard par conséquent que pour la partie principale du régiment d'infanterie

de marine casernée à l'autre extrémité de la ville. Tous ces hommes, soldats et matelots, soumis au point de vue de l'habitation aux mêmes influences hygiéniques, sont au point de vue du genre de vie, soumis au contraire à un régime bien différent. A cette époque de l'année, coïncidant avec l'arrivée des jeunes soldats au corps, les exercices sont quotidiens, soir et matin ; il est à remarquer de plus que le 4e bataillon dont il est question ici, occupe pendant les manœuvres, la partie la plus déclive du cours d'Ablois, lieu ordinaire des exercices, partie complètement occupée par des grands arbres : deux conditions qui rendent l'humidité bien plus grande, et sembleraient devoir favoriser les refroidissements. Malgré ces conditions et d'habitat et de régime, les cas n'ont pas été proportionnellement plus nombreux dans ce bataillon que dans le reste du régiment ; les manifestations ont été les mêmes : bronchites, angines, catarrhes gastro-intestinaux, avec complication d'enrouement ou aphonie pour les angines, et diarrhée pour tous les autres états. En un mot, exactement le même tableau symptomatique présenté précédemment.

Les matelots ont un genre de vie bien différent de celui des soldats. Pour la majeure partie, ce sont des hommes habitués de longue main à l'existence qu'ils mènent, ce qui n'existe pas pour les soldats. Ces derniers ont à se plier à une discipline et à des exercices de corps d'un genre bien nouveau pour eux. Les matelots, malgré des conditions si dissemblables, sont frappés de la même manière et le nombre des cas relevés reste sensiblement proportionnel à l'effectif de la division. Il y a eu des hommes atteints qui étaient à l'infirmerie à attendre un congé de réforme par suite de blessures reçues au Tonkin. Chez ceux-là, il n'y aura pas à admettre les fatigues et les exercices en plein air comme cause unique de la maladie. C'est un fait, d'ailleurs, sur lequel nous reviendrons et qu'il suffit d'enregistrer pour le moment.

Pour ce qui est de la population civile, les manifestations du même genre que celles qui viennent d'être passées en revue, y ont été nombreuses. Il n'y a pas lieu d'établir de distinction au point de vue

du sexe, de l'âge, des professions, des positions de fortune, car les personnes frappées appartiennent à toutes les catégories de professions ; les hommes ont été aussi bien atteints que les femmes, et cela dans toutes les classes de la société. Mais les cas présentant quelque gravité ont été excessivement rares.

On peut donc voir déjà que l'épidémie n'est pas restée confinée dans les casernes. Elle a sévi à la même époque dans la ville et dans tous les quartiers. Fait à signaler : des matelots d'un bateau retournant d'une campagne lointaine sont frappés à leur arrivée à Rochefort.

Jusqu'à présent les faits avancés semblent prouver les affirmations émises au début, et répétées dans le courant des descriptions, à savoir : qu'il y a eu une épidémie, que le mot de constitution épidémique est bien celui qui convient dans notre cas.

Nous allons essayer de justifier ces affirmations et établir nettement le diagnostic. Les cas observés à l'hôpital, présentant une symptomatologie plus compliquée, c'est vrai, mais plus complète, serviront à discuter et prouver la nature de la maladie.

Avant d'aller plus loin et pour avoir une base devant servir à la discussion des observations exposées ici, quelle est la maladie qui peut se présenter avec les différents aspects que nous avons mentionnés ?

Il est certain qu'il n'y a pas eu simplement coïncidence d'états présentant quelque similitude et dont il faudrait faire des groupes à part, mais que ce sont bien là des manifestations dépendant d'une seule et même cause. Tantôt, en effet, nous trouvons l'angine avec laryngite, tantôt elle est accompagnée de bronchite ou de diarrhée. Il en est de même pour ces deux dernières formes qui se compliquent entre elles ou avec la première. De plus, toujours il y a de la céphalalgie, des courbatures, qui ne semblent pas en rapport avec l'état, en définitive, léger du malade observé. Disons donc tout de

suite que ces diverses formes cliniques ont fait naître dans tous les esprits l'idée d'une épidémie de GRIPPE.

Reprenons une à une les trois manifestations que nous avons citées et commençons par l'angine accompagnée d'enrouement ou d'aphonie. C'est dans l'épidémie de Rochefort le symptôme le plus fréquent.

A la suite d'une courbature inexpliquée, d'une céphalalgie un peu vive, le malade se plaint de mal de gorge. A l'examen, les amygdales sont rouges, le plus souvent tuméfiées, sans aucun produit de sécrétion morbide à la surface. La partie postérieure du pharynx présente aussi de la rougeur. La fièvre est généralement peu prononcée. Chez certains même, l'amygdalite est tellement prononcée qu'elle rend la déglutition de tout aliment solide impossible. On ne voit pas, cependant, ce début bruyant, cette fièvre intense qui signale le début d'amygdalites ordinaires et qui laisse quelquefois le diagnostic en suspens. Il y a, néanmoins, des frissons légers, de la rougeur de la face, de la faiblesse, des vertiges ; dans un ou deux cas, il est survenu des taches rosées lenticulaires sur la poitrine et le ventre. Jamais amygdalite simple n'a donné lieu à des accidents de ce genre. Chez la plupart des malades traités à l'hôpital, il y de la fièvre, mais sans aucun type régulier ; quelquefois elle est continue, avec une légère rémission matinale, peu intense, ou bien encore on la voit survenir par accès pendant quelques jours pour cesser complétement jusqu'à la guérison, qui se fait attendre pendant une quinzaine de jours. Toujours il existe de l'anorexie, la langue est saburrale ; souvent on voit apparaître de la diarrhée. L'appareil digestif est donc touché, lui aussi, et la maladie n'est pas restée bornée au pharynx. Ce n'est pas là, pourtant, qu'elle s'étend le plus souvent : c'est du côté de l'appareil respiratoire. Tous les malades ont la voix changée, enrouée, chez quelques-uns même, il y a aphonie complète, ce qui prouve que cet état fluxionnaire du pharynx et des amygdales a gagné le larynx et les cordes vocales. C'est une manifestation qu'on trouve notée une des premières,

même à une époque où l'histoire de la grippe est encore à peine établie, et où on ne trouve que des indications chronologiques, ainsi que le dit Ozanam (1). Ce symptôme est l'un des premiers qui ait frappé les observateurs. Rivière le note en 1557, à Nîmes ; Mercatus dans l'épidémie de 1580, en Espagne ; Sydenham en 1676 ; Ettmuller en Allemagne, à la même époque ; et plus près de nous, pendant l'épidémie de 1837, on le trouve noté dans toutes les relations avec des degrés divers, jusqu'à l'aphonie complète (2). Chez plusieurs malades il y a eu des épistaxis, ainsi que Brachet et Pointe l'ont signalé à Lyon en 1837, Raige-Delorme dans un grand nombre d'épidémies (3). Toujours enfin on trouve de la courbature, une lassitude très grande, et même pour les plus légèrement atteints, ceux du moins dont l'état a nécessité l'envoi à l'hôpital, la convalescence a une durée plus longue que la maladie elle-même.

Tous les cas qui se sont manifestés uniquement par de l'angine et de la laryngite, ont été légers et se sont terminés par la guérison. Pour ceux dont il nous reste à parler, il n'en est plus de même, et les atteintes ont été bien plus sérieuses.

Souvent, ainsi que nous l'avons vu à propos des soldats et des matelots, les bronches ont été prises les premières, de même que souvent du pharynx et du larynx, tout l'appareil respiratoire a été envahi. Ici le début a toujours été marqué par un mouvement fébrile, puis la toux apparaît avec plus ou moins de fréquence, et bronchites et laryngo-bronchites ont évolué avec les mêmes caractères généraux que l'angine. Le caractère de la fièvre n'est pas nettement déterminé, ainsi que l'avait fait remarquer Gintrac (4) : tantôt elle est

(1) *Traité des épidémies,* t. I, p. 263.

(2) Vigla, *Arch. gén. de méd.* 1837, t. I, p. 232.

(3) Raige-Delorme, article *Grippe* in *Dict.* en 30 vol.

(4) *Hist. des principales épidémies de grippe* (Bordeaux, 1837).

continue, tantôt irrégulière. La toux est quelquefois fréquente et quinteuse, d'autres fois plus rare. L'expectoration est peu abondante, purement muqueuse ; dans quelques cas, vers la dernière période, elle devient visqueuse et collante. Souvent elle contient des stries de sang, qui peuvent être plus ou moins abondantes et pendant un temps très variable. L'auscultation ne donne que des râles disséminés dans les deux poumons. Parfois on a observé de la dyspnée, qui ne semblait aucunement justifiée par les signes stéthoscopiques. Nous retrouvons encore chez ces malades des épistaxis, des courbatures, des névralgies diverses. Tels sont les cas les plus légers, à côtés desquels nous en voyons de bien plus graves.

La grippe semble avoir une prédilection particulière pour l'appareil respiratoire, au point qu'on avait voulu lui donner le nom de *bronchite épidémique*, alors qu'on n'avait observé que des types thoraciques ; mais nous verrons qu'il ne faut pas rester borné à l'examen de cet appareil. Et ce n'est pas aux bronches seulement que reste cantonnée la grippe, elle atteint aussi le poumon. Depuis longtemps les auteurs sont d'accord sur ce fait que la pneumonie est la complication la plus fréquente. Cette pneumonie se présente avec des caractères anormaux qui permettront de la différencier de la pneumonie franche, et même des formes adyamiques spéciales qu'on trouve à l'état typique chez les vieillards.

Tel est l'exemple suivant :

OBSERVATION I.

R..., Henri, 20 ans, matelot cuisinier.

Entre, le 13 janvier, à l'hôpital, pas d'antécédents héréditaires. Dit avoir eu déjà deux pneumonies, une à droite, l'autre à gauche.

Le 12, a été pris de frissonnements se succédant presque sans interruption, avec sensation de froid qui a duré vingt-quatre heures Le 13 au matin, a ressenti un point de côté à gauche et en arrière. Le 13, à 4 h. T. = 40.

Le 14. — Les vibrations sont diminuées dans les deux poumons. Légère matité à la base et en arrière du poumon gauche. La respiration se fait mal dans le poumon droit, à la base du poumon gauche léger souffle tubaire. Rien du côté des autres fonctions. Les urines sont rouge foncé, acides, le microscope y révèle la présence de nombreux globules sanguins. T.-M. 39.2. — S. 40.1.

Le 15. — Expectoration abondante de crachats sanglants dans la journée d'hier. Les douleurs du point de côté s'irradient en avant vers la région précordiale. Bruit de souffle très dur et bronchophonie dans la partie supérieure et moyenne du poumon gauche. Matité très marquée à la partie inférieure du même poumon, vibrations affaiblies au même point. L'expectoration est sanglante, très liquide. Le pouls est fréquent, dépressible, la respiration haletante à 70. T.-M. 39.2. — S. 40.6.

Le 16. — Insomnie pendant la dernière nuit ; les crachats sont un peu moins sanglants, toujours liquides ; le souffle tubaire a diminué d'intensité à la partie moyenne du poumon, toujours très intense au sommet. Matité et diminution des vibrations dans la partie inférieure. La dyspnée persiste. T.-M. 39.6. — S. 40.3.

Le 17. — Agitation et délire cette nuit ; pour le reste, même état. T.-M. 39. — S. 39.

Le 18. — L'expectoration devient visqueuse et commence à adhérer aux parois du vase, même couleur. Le souffle a disparu ; râles sous-crépitants nombreux.

Le 19. — Expectoration muqueuse, visqueuse, abondante, toute trace de sang a disparu. — Un peu de souffle ; râles sous-crépitants dans la moitié inférieure du poumon gauche.

Le 22. — Le souffle a complètement disparu ; râles sous-crépitants à sa place ; toux encore fréquente ; expectoration spumeuse et

muqueuse, fortement adhérente au vase. Le malade est en pleine convalescence. — Sort en congé le 4 février 1886.

Comme phénomène initial, au lieu du frisson violent unique de la pneumonie ordinaire, qui a ordinairement une durée minimum de trois quarts d'heure pour se prolonger pendant trois heures au plus, le malade a pendant vingt-quatre heures une sensation non interrompue de froid, accompagnée de frissons légers, de frissonnements. Il existe, à gauche et en arrière, du souffle tubaire : il n'y aurait donc pas eu de râle crépitant au début. Quand le souffle gagne la partie supérieure du poumon, il n'est jamais précédé de râle crépitant : le souffle tubaire aurait donc toujours existé d'emblée, signe donné par Piorry, comme caractéristique des pneumonies grippales dans l'épidémie de 1837 (1). Pendant toute la durée de la maladie, les vibrations restent faibles, diminuées même dans les deux poumons, alors que, tout au moins à gauche, l'hépatisation devrait les augmenter. Le 16, c'est-à-dire trois jours après le début, apparaît une dyspnée intense qui conserve pendant trois jours la même intensité. L'expectoration pathognomonique de la pneumonie a fait défaut : les premiers jours les crachats ont été franchement sanglants, en même temps que spumeux, liquides, au lieu de présenter la viscosité ordinaire ; ils sont, comme le dit Piorry, d'apparence salivaire. A aucun moment ils n'ont eu l'apparence rouillée des crachats pneumoniques. Ce n'est que vers le sixième jour qu'ils deviennent visqueux, et alors le sang va disparaître. Ils ne deviennent adhérents au vase qu'à l'époque où les signes physiques ont presque complètement disparu, et ils gardent encore à cette époque la même apparence spumeuse du début. Alors que le délire de la pneumonie franche reste toujours doux et tranquille, à l'état de subdélirium, chez notre malade, qui n'est pas alcoolique, les phénomènes ont été beaucoup

(1) Mémoire présenté à l'Académie de médecine, in *Gaz. méd.*, de Paris, 1837.

plus accentués du côté du système nerveux, et il y a eu un véritable délire avec insomnie, dépassant de beaucoup ce subdélirium habituel de la pneumonie fibrineuse. Il est enfin un signe important qui jamais n'accompagne la pneumonie ordinaire, et qui serait dans ce cas d'une explication difficile, c'est l'hématurie, qu'on observe le second jour.

Est-ce bien là une pneumonie, et quelle est sa cause ? On pourrait tout d'abord croire à une bronchite capillaire, à cause de la dyspnée des premiers jours et des crachats. Mais dans la bronchite capillaire la dyspnée est le phénomène presque initial, toujours dominant, et de plus on trouve à l'auscultation, des râles et des souffles en si grand nombre qu'on a caractérisé cet état par un mot : le bruit de tempête.

C'est donc bien à une pneumonie que nous avons eu affaire, caractérisée par des frissons, de la fièvre, du souffle, de la matité, mais à une forme anormale, qui offre les caractères de la pneumonie grippale. Le souffle tubaire d'emblée et les crachats spumeux et liquides ont été notés, nous l'avons vu, par Piorry, dans l'épidémie de 1837. Quant à la tendance aux hémorrhagies, qui produit ici les crachats sanglants et l'hématurie, nous l'avons déjà vue se manifester sous forme d'épistaxis, d'hémoptysies, et l'hématurie en particulier a été signalée par Voisin, en 1837. Enfin, le pouls, très fréquent, a été mou et dépressible.

Tous ces caractères semblent bien se rapporter à un état infectieux de l'organisme, puisque rien chez notre sujet ne peut justifier une forme adynamique si grave, rien expliquer les phénomènes nerveux. Il a été pris au milieu d'une santé parfaite et à un âge où l'on ne peut incriminer l'état de débilité de l'organisme. Tout au plus pourrait-on dire que deux pneumonies antérieures ont créé chez lui un terrain plus favorable ; mais c'est ailleurs qu'il faut chercher une cause déterminante, et la grippe satisfait parfaitement à ce désideratum. Remarquons de plus que ce cas a été un des premiers observés, et que ce n'est que pendant le cours de la maladie que cette pneumonie qui avait frappé par l'étrangeté de

sa marche, a été rattachée à la grippe, qui commençait alors à fournir des cas nombreux. Pareil fait a été noté par Nonat (1), qui ne rattacha que plus tard à la grippe une pneumonie asphyxiante suivie de mort.

L'observation suivante va fournir de nouveaux phénomènes, et c'est non seulement le poumon qui a été atteint, mais la plèvre.

OBSERVATION II.

G..., Etienne, 21 ans, soldat d'infanterie de marine.

Entré le 29 au soir, pris d'un violent frisson, le 26, à 1 heure du matin, et point de côté à gauche. Reste quatre jours à l'infirmerie. 29 soir. Temp. 41.4. — P. 116.

Le 30 janvier. — A l'entrée, herpès aux narines; pas de déformation du thorax; exagération de la sonorité du poumon gauche en avant et dans la ligne axillaire; matité dans le tiers inférieur en arrière. Sonorité normale à droite. A gauche: exagération des vibrations thoraciques, en arrière, à la partie moyenne; pas d'égophonie.

Frottement marqué dans la moitié inférieure, le long de la colonne vertébrale; râles sous-crépitants vers la partie moyenne. Toux fréquente, expectoration peu abondante. Rien à droite.

Langue saburrale, appétit nul, selles régulières. Matin, Temp. 39.9. — P. 118. — Soir, Temp. 40.2. — P. 124.

Le 31. — Epistaxis; les urines contiennent de l'albumine non rétractile en petite quantité. Même état. Matin, Temp. 38.5. — P. 116. — Soir, Temp. 40.3. — P. 122.

Le 1er février. — Souffle tubaire dans la partie inférieure du pou-

(1) Nonat, *Arch. de méd.*, 1837, t. I, p. 13.

mon gauche, en arrière. Epistaxis, 5 à 6 selles diarrhéiques depuis hier. Matin, Temp. 40. — P. 104. — Soir, Temp. 41.1. — P. 120.

Le 2. — Râles sous-crépitants dans les 2/3 du poumon gauche en arrière, quelques râles dans le poumon droit, expectoration jaune-verdâtre, visqueuse, selles régulières. Matin, Temp. 38.5. — P. 112. — Soir, Temp. 39. — P. 96.

Le 3. — Forte dyspnée cette nuit, violent point de côté à gauche, matité dans toute l'étendue du poumon gauche, en arrière et en avant ; les vibrations vocales sont diminuées, égophonie. Le poumon paraît immobilisé, souffle tubaire très marqué au sommet du poumon et moins rude dans le reste. Râles à droite. Toux peu fréquente, expectoration spumeuse, jaune verdâtre. Pouls petit et fréquent. L'herpès nasal a augmenté ; langue sèche, saburrale. Matin, Temp. 38.5. — P. 120. — Soir, Temp. 40.5. — P. 136.

Le 4. — La dyspnée est moins forte, le point de côté diminue, sommeil calme cette nuit, sueurs abondantes. Matin, Temp. 39.5. — P. 120. — Soir, Temp. 40.5. — P. 120.

Le 5. — Même état. Matin, Temp. 39. — P. 116. — Soir, Temp. 39.4. — P. 112.

Le 6. — Même état. Matin, Temp. 38.4. — P. 102. — Soir, Temp. 39.5. — P. 120.

Le 7. — Les crachats sont redevenus muqueux ; l'état reste le même.

Le 8. — La matité s'est étendue à toute la partie antérieure du thorax, la pointe du cœur est refoulée à droite du sternum.

Le 9. — La température oscille depuis deux jours autour de 39, le pouls est petit, fréquent, à 120, la dyspnée est intense à 4 heures du soir, une ponction par aspiration donne 1,300 gr. d'un liquide séro-purulent.

Le 10. — La matité a un peu diminué sous la clavicule, la pointe du cœur est à 2 cent. à droite du sternum, la toux reste fréquente, la dyspnée moins forte, le pouls s'est un peu relevé. Insomnie. 2 selles diarrhéiques.

Le 11. — Insomnie, toux fréquente, expectoration abondante,

muco-purulente. Un peu de sonorité sous la clavicule, mais matité complète dans le reste du poumon ; la pointe du cœur bat toujours à droite du sternum. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier. La température continue à osciller autour de 39. Hier soir, sueurs abondantes. Ponction dans le 7e espace intercostal en arrière, qui donne issue à 2450 gr. de liquide séro-purulent. Après la ponction, la dyspnée a beaucoup diminué, sonorité exagérée du poumon ; la pointe du cœur bat à sa place.

Le 12. — Mort, le 12, à 4 h. du soir.

Autopsie. — Thorax. — épanchement de 1500 gr. de liquide rougeâtre à gauche, à droite très léger épanchement de liquide citrin. Le poumon droit est enflammé, dense à la partie supérieure, crépite légèrement. Il crépite bien à la partie inférieure ; il présente en bas un infarctus à base tournée vers la plèvre.

Le poumon gauche est complètement hépatisé et sa couleur commence à tourner au gris. De ce côté la plèvre est adhérente, et tapissée dans toute son étendue de fausses membranes recouvertes de pus.

Le cœur contient à gauche des caillots de formation récente, sans importance. A droite, des caillots anciens, blanchâtres, remplissant complètement l'oreillette, se moulant sur ses parois, avec deux prolongements récents dans les veines caves qu'ils remplissent.

Le crâne n'a pas été ouvert. Rien du côté des autres organes.

Il y a des épistaxis dans les cinq premiers jours de la maladie, qu'on ne peut s'empêcher de rapprocher des épistaxis accompagnant ou précédant la fièvre typhoïde, et qui, dans ce cas, comme ici, doivent être rapportées à un état infectieux du sang, sans pouvoir confondre la plèuro-pneumonie observée avec une fièvre typhoïde, puisqu'il n'y a pas d'autre symptôme se rapportant à cette affection. Comme dans l'observation précédente, les crachats sont spumeux,

sans aucune trace de sang, n'ayant nullement l'apparence pneumonique, malgré l'existence d'un souffle tubaire bien marqué.

Pour ce qui est de l'épanchement, nous le voyons s'accentuer par les signes physiques : la matité s'étend, la gêne respiratoire est très grande, le cœur est refoulé, et sa pointe bat à droite du sternum. Une ponction donne alors issue à 1300 gr. d'un liquide séro-purulent. Il est à remarquer qu'à cette époque, 8 février, après des oscillations inexpliquées, la température, qui a monté au-dessus de 41°, oscille depuis quatre jours autour de 39, alors que rien dans l'état du malade n'explique cette défervescence. Bien au contraire, la gêne respiratoire très grande, le pouls fréquent, petit, enfin, la formation du pus dans la cavité pleurale, semblent en contradiction avec l'indication thermométrique. Rien chez notre malade ne peut servir à donner une explication de cette purulence. C'est un homme jeune, qui a ressenti il y a quinze jours à peine les premiers symptômes de maladie. Il n'y a chez lui ni antécédents héréditaires ou individuels de tuberculose, pas de débilité organique ayant succédé à une affection quelconque, rien de la rougeole ni de la scarlatine, qu'on a souvent incriminées dans la genèse de la pleurésie purulente.

Trois jours après la première ponction, l'état est revenu ce qu'il était auparavant et nécessite une nouvelle intervention. Tout au début, on a constaté de l'herpès labialis, dont on ne peut faire par conséquent un phénomène critique ; il en a été de même des sueurs abondantes, à la date du 4, et qui coïncident avec une élévation de température.

Il est impossible d'expliquer ces divers phénomènes sans faire intervenir un état infectieux de l'organisme, et l'autopsie en fournit la preuve. A côté des lésions de la pneumonie et de la pleurésie, on voit que l'hépatisation grise commence à se montrer, et que par conséquent, c'est bien la même cause qu'il faut incriminer, et là comme pour la plèvre, au lieu de tendre à la résolution, les lésions tendaient au contraire à la suppuration. Dans le poumon droit on trouve un infarctus résultant d'une infiltration sanguine due à l'alté-

ration du sang, qui, grâce à une fluidité plus grande, a pu infiltrer l'organe. Dans le cœur on trouve, à droite, dans l'oreillette, un caillot volumineux blanchâtre, qui s'étend dans les veines caves. Cette tendance du sang à la coagulation a toujours existé dans toutes les autopsies, et toujours le cœur contient des caillots anciens. C'est donc bien à un état infectieux qu'il faut rapporter tous les symptômes observés, et nous n'en trouvons pas d'autre en cause que l'épidémie régnante.

Dans tous les états précédents, c'est l'appareil respiratoire qui est atteint. Ce sont ses lésions qui attirent tout d'abord l'attention et qui prédominent pendant tout le cours de la maladie, qu'elle se termine par la guérison, comme dans la majorité des cas, ou que l'issue en soit fatale, et alors les signes nécroscopiques font voir que la mort est due aux lésions du poumon et de la plèvre.

Quand l'appareil digestif se trouve directement en cause, ce n'est pas d'emblée par le catarrhe gastro-intestinal que débute l'affection ; c'est toujours par un état général mal défini, malaise, courbature, céphalalgie. Dans un certain nombre de faits, on voit apparaître de l'angine, de la laryngite, dans d'autres de la bronchite, mais assez rapidement surviennent de l'anorexie, des nausées, puis de la diarrhée, et cet état va prédominer pendant tout le cours de la maladie. Les observations suivantes en sont la preuve.

OBSERVATION III.

F..., Pierre, 22 ans, soldat d'infanterie de marine.

Entré à l'hôpital le 25 janvier, malade depuis dix jours, angine et fièvre, se plaignait de toux légère avec douleur sous-sternale.

A l'entrée : rougeur érythémateuse de l'arrière-gorge et des amygdales, voix voilée, déglutition facile et sans douleur. Bouche mauvaise, langue fortement saburrale et un peu sèche.

A l'examen de la poitrine on constate l'existence de râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue des poumons, en avant et en arrière. Toux fréquente, rauque, expectoration peu abondante, légèrement striée de sang, spumeuse. Peau sèche et brûlante, soif vive. Rien autre chose à noter.

Le 26. — Vomissements bilieux abondants, après l'administration d'ipéca. Deux selles diarrhéiques, même état de la bouche et de la langue, mêmes signes du côté de la poitrine.

Le 27. — Les râles ont presque disparu. Respiration soufflante dans les deux poumons. Fièvre continue, la température a dépassé 40°. Pouls fort, fréquent. Cette nuit, délire ; on a trouvé le malade se promenant dans la salle, à la recherche d'un camarade imaginaire. Ce matin, un peu de stupeur, léger état typhoïde, taches rosées lenticulaires sur la paroi latérale gauche de l'abdomen.

Le 28. — Le ventre est ballonné, pas de douleur à la pression, trois selles diarrhéiques. Langue saburrale, rouge à la pointe et sur les bords ; le délire persiste. Tremblement des membres supérieurs ; la rate est grosse, non douloureuse ; la diarrhée persiste.

Le 29. — Nuit tranquille, il y a toujours de la stupeur ; le pouls est dicrote, mou, moins régulier ; extinction de voix ; les urines sont très chargées en urates, mais ne contiennent pas d'albumine.

Le 30. — Le délire a reparu cette nuit ; la langue est sèche et noirâtre, rôtie ; les dents et les lèvres sont fuligineuses. La diarrhée est abondante. A l'auscultation il y a toujours des râles ronflants et sibilants dans les deux poumons ; la toux et l'expectoration sont nulles ; la dyspnée intense ; l'état typhique se prononce ; la fièvre est continue avec température 41° ; le pouls est fort, dicrote, fréquent à 108 ; l'urine contient des traces d'albumine non retractile.

Le 31. — Le délire est moins violent, mais la stupeur se prononce, la face est violacée, la dyspnée est aussi intense, les signes stéthoscopiques restent les mêmes ; le ventre est ballonné, la diarrhée

persiste, le malade a eu des selles involontaires ; le pouls est rapide, fort, régulier ; l'intelligence est nette.

Le 1er mars, le matin, les signes sont les mêmes. A la visite du soir, le malade est très agité, il y a des tremblements convulsifs des membres.

Le 2. — La dyspnée augmente ; le pouls est irrégulier, la langue complètement rôtie ; la diarrhée persiste avec le même caractère depuis le début ; les selles sont noires et fétides. L'agitation a été très vive pendant la nuit ; les urines contiennent de l'albumine en assez grande quantité.

Le 3. — L'agitation augmente, carphologie, soubresauts de tendons. Pouls rapide, régulier, petit ; dyspnée aussi intense ; les extrémités se refroidissent, les selles sont nombreuses et involontaires ; la mort arrive à 6 h. 50 du soir.

Autopsie. — Le crâne n'a pas été ouvert. Les poumons sont fortement congestionnés, d'un aspect rouge brun violacé ; à la périphérie existent de larges taches ecchymotiques. Le poumon gauche crépite et est cependant un peu induré ; le poumon droit présente une induration complète du parenchyme, ne crépite plus. Sur des coupes, il est d'une rougeur marbrée, à aspect granuleux, présentant de l'analogie avec le tissu du foie. Le cœur est rempli de sang caillebotté, poisseux, ressemblant à de la gelée de groseille dans le ventricule gauche. Dans le cœur droit, il y a de gros caillots blancs. L'estomac et l'intestin sont distendus par des gaz. Il y a des arborisations vasculaires dans toute l'étendue de la muqueuse intestinale. Au niveau de la valvule iléo-cœcale, les follicules isolés sont infiltrés : l'un d'eux se présente sous forme d'une tumeur dure de la grosseur d'un haricot, quelques-uns présentent de petites ulcérations arrondies et ardoisées. Les plaques de Peyer sont saines. Les reins sont rouges et congestionnés ; la rate grosse et molle présente une teinte cyanosée particulière.

Voici un homme de 21 ans qui, vers le 15 janvier, se plaint d'angine accompagnée de fièvre. Cet état dure dix jours sans s'aggraver, et ce n'est qu'à ce moment, vu la persistance de la fièvre, qu'on l'envoie à l'hôpital. On constate à son entrée, de la rougeur de la gorge, la langue est saburrale et un peu sèche, l'inappétence est complète. Les signes du côté du poumon sont ceux d'une bronchite ordinaire, et vont rester les mêmes tout le temps de la maladie. La voix est éteinte complètement, cinq jours après l'entrée. L'expectoration muqueuse très peu abondante est striée de sang au début. La toux rauque et fréquente va diminuer d'intensité pour devenir nulle, ainsi que l'expectoration, dans les derniers jours de la vie. Mais dès le début la langue est sèche, bientôt elle devient rouge à la pointe et sur les bords, pour être enfin noire et rôtie, en même temps que les lèvres se recouvrent de fuliginosités, ainsi que les dents. Le 28, trois jours après l'entrée, il y a de la diarrhée qui persiste, en même temps que le ventre se ballonne, et qu'apparaissent des taches rosées lenticulaires. Le délire est très accusé, la stupeur est notée chaque jour. Le pouls enfin est mou, fréquent, dicrote souvent.

A la seule inspection de ce tableau on voit qu'on a affaire à une maladie infectieuse. Est-ce à une endocardite infectieuse, qui a quelques signes communs avec ceux exposés ici ? Non, il n'y a rien au cœur. Est-ce donc à la fièvre typhoïde ? Nous ne le croyons pas davantage. L'examen superficiel peut faire croire tout d'abord à cette affection : la diarrhée, le météorisme, l'état de stupeur dans lequel est plongé le malade, le délire nocturne et les taches rosées lenticulaires sont des symptômes qui appartiennent bien à la fièvre typoïde, mais, point important, ils ne lui sont pas exclusifs.

Le début est insidieux, ce qui n'est qu'une forme relativement rare de la fièvre typhoïde, et à l'entrée nous sommes arrivés au onzième jour de la maladie. Déjà, tous les symptômes qui apparaissent vers la fin du premier septennaire, auraient dû exister, et il n'en est rien. Ce n'est que le quatorzième jour que le délire apparaît, accompagné par de la stupeur, qui va se prononcer peu à peu.

La diarrhée ne se montre que le quinzième jour, et les selles, diarrhéiques d'abord, puis liquides, sont fétides, mais noires, au lieu d'avoir la couleur ocre jaune caractéristique de la fièvre typhoïde.

Les phénomènes nerveux, stupeur, délire, tremblement convulsif des membres, appartiennent à la forme ataxique de la fièvre typhoïde ; mais, au lieu de se montrer peu à peu, pour ainsi dire, ils y apparaissent d'ordinaire d'emblée. Le délire est alors précoce, violent, furieux, et la carphologie et les soubresauts de tendons ne se limitent pas comme ici à la période ultime. On devrait enfin, à l'autopsie, trouver les lésions de la fièvre typhoïde et, dans notre cas, elles font complètement défaut.

Faudrait-il donc croire à une forme compliquée de catarrhe bronchique, forme si commune que, dit Jaccoud, « le catarrhe bronchi- « que peut exceptionnellement faire défaut dans la fièvre typhoïde « la mieux caractérisée ? » Non ; et l'autorité de Jaccoud est complètement pour nous, car il ajoute : « Un catarrhe intestinal peut « coïncider avec un catarrhe bronchique sans que le typhus soit en « cause : le fait est fréquent dans l'*influenza* ou *grippe* ; c'est alors « d'après l'état général, d'après les désordres des fonctions céré- « brales, d'après les caractères thermiques de la fièvre, que le « diagnostic doit être posé (1). »

D'après notre observation, les désordres du côté des fonctions cérébrales ont été très marqués, sans présenter les caractères de ceux de la fièvre typhoïde. L'état général s'est aggravé de jour en jour chez notre sujet, et cela au milieu d'accidents de même ordre, mais plus légers, se présentant chez d'autres personnes dans le même milieu et à l'état épidémique. Enfin le pouls a été fréquent, dicrote souvent, tantôt dépressible, tantôt fort, la température reste élevée, la rate a été augmentée de volume.

Voici donc, en définitive, une observation qui présente les carac-

(1) Jaccoud, *Path. interne*, Fièvre typhoïde.

tères indéniables d'un état infectieux, et qui, de plus, au premier aspect, semble appartenir par un grand nombre de ses symptômes au typhus abdominal. Mais elle en diffère essentiellement par la date d'apparition tardive de la diarrhée, des taches rosées lenticulaires, par ses symptômes nerveux très-accentués, par cette dyspnée intense qui ne semble pas justifiée par les signes fournis par l'auscultation. C'est donc à l'épidémie régnante, à la grippe, qu'il faut rapporter cette forme clinique, et c'est le diagnostic qui avait été posé par M. le professeur Bourru.

L'autopsie vient confirmer pleinement cette manière de voir et écarter définitivement la fièvre typhoïde, qui ne donne aucune de ses lésions habituelles. Du côté des poumons il y a une congestion intense, qui a même abouti à la splénisation de l'organe, état très fréquemment signalé dans la grippe. Dans le cœur on trouve, comme dans le cas précédent, dans l'oreillette droite, des caillots volumineux, blanchâtres, anciens par conséquent. C'est un fait remarquable, et noté dans toutes les autopsies faites à Rochefort, chez les malades ayant succombé à la grippe, que la présence constante de caillots dans le cœur. Il y a donc une grande tendance du sang à la coagulation, ce qui indiquerait que c'est dans son altération qu'il faut chercher la cause des manifestations diverses de la maladie. L'altération du sang est mise en outre en évidence par sa consistance poisseuse, par les caillots trouvés dans le cœur gauche.

Dans l'intestin, pas d'infiltration des plaques de Peyer, elles sont absolument saines : cette lésion pathognomonique de la fièvre typhoïde fait défaut. Mais on constate de l'infiltration des follicules isolés, au niveau de la valvule iléo-cœcale ; quelques-uns même sont ulcérés, la rate enfin est grosse et ramollie ; ces lésions sont banales dans les maladies infectieuses. En somme, rien qui puisse permettre d'affirmer la fièvre typhoïde ; tout, au contraire, nous affirme un état infectieux, démontré au point de vue clinique par l'état du malade : apparence typhique, stupeur, phénomènes cérébraux très marqués, diarrhée, élévation de la température ; au point de vue anatomique, par l'état du sang, poisseux, donnant des caillots gelée de groseille,

infiltrant les poumons, et par les lésions des organes lymphoïdes, rate, follicules clos de l'intestin. La connaissance de la cause, établie par l'observation de l'épidémie régnante, a pu seule nous donner le diagnostic exact de cette forme grave de grippe, dont on trouve d'ailleurs des exemples dans les auteurs.

Tout-à-l'heure nous essayerons de montrer où il faut rechercher les raisons de cette gravité exceptionnelle. Auparavant l'observation suivante va nous fournir un exemple encore plus frappant.

OBSERVATION IV.

Ch..., Félix, 21 ans, soldat d'infanterie de marine.

Entre le 14 janvier, atteint de fièvre depuis 12 jours, avec épistaxis nombreuses.

Le 15. — Rien du côté de la respiration et de la circulation. La fièvre est continue depuis le début de la maladie, diarrhée depuis la même époque, 5 à 6 selles par jour. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux, un peu de gargouillement à droite. L'intelligence est peu vive, de la céphalalgie. Temp. M. 38° 6. — S. 39.2.

Le 16. — Même état. Temp. M. 39. S. 39.4.

Le 17. — Râles sibilants dans tout le poumon droit ; la respiration est soufflante à gauche, les vibrations sont normales. Apparition de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et dans le dos. Le ventre est douloureux à la pression, le gargouillement existe toujours à droite. Temp. M. 39.5. — S. 39.8.

Le 18. — Insomnie cette nuit ; céphalalgie très vive. La peau est chaude, la langue humide, la soif ardente. Le pouls, fréquent, mou, est dicrote. Expectoration de gros crachats jaunâtres, muco-purulents, contenant quelques stries de sang. Urine albumineuse. Temp. M. 39.4. — S. 41.

Le 19. — Nuit assez bonne, une seule selle diarrhéique dans la nuit. La langue est bonne, l'intelligence nette. Hier soir, à 9 h. 1/2, violent frisson suivi de chaleur, sans sueurs. Temp. M. 37. 6. — S. 37.9.

Le 20. — Insommie ; céphalalgie vive ; le pouls est bon, régulier, un peu lent, la fièvre a disparu ; la langue est humide, rouge sur les bords ; le ventre est douloureux à la pression, 2 selles diarrhéiques. Respiration un peu soufflante, expectoration bronchique. Les urines contiennent toujours de l'albumine non rectractile. Soir, le pouls à 52 est irrégulier avec intermittence. Mat., Temp. 36.9. — Soir, Temp. 37.3. — P. 52.

Le 21. — Insomnie cette nuit. Ce matin, le malade a du délire, de la fièvre, la peau est brûlante, très sèche ; la langue est nette ; 1 selle diarrhéique ; l'albumine persiste dans les urines. Matin, Temp. 38.8. — P. 64. — Soir, Temp. 38.7. — P. 56.

Le 22. — Le ventre est douloureux à la pression ; même état. Matin, Temp. 38.2. — P. 64. — Soir, Temp. 40.8. — P. 96.

Le 23. — Accès de fièvre violent cette nuit ; frisson prolongé à 10 h. du matin, ayant duré 3/4 d'heure, et sueurs abondantes pendant la nuit. Etat semble s'améliorer. Matin, Temp. 36.6. — P. 68. — Soir, Temp. 39.5. — P. 72.

Le 24. — Nouvel accès de fièvre hier soir. Matin, Temp. 37. — P. 56. — Soir, Temp. 38. — P. 62.

Le 25 — Râles sibilants dans les deux poumons et un peu de souffle à la base et à droite. Matin, Temp. 40.2. — P. 90. — Soir, Temp. 41.1. — P. 104.

Le 26. — Nuit calme ; la toux détermine de la douleur à droite et en arrière de la poitrine. Matité au même point, et souffle tubaire. Râles muqueux à gauche. Ce matin, crachats rouillés très peu adhérents au vase. Matin, Temp. 40. — P. 104. — Soir, Temp. 41. — P. 104.

Le 27. — Le souffle a disparu ; 8 selles diarrhéiques ; le malade est très faible. Matin, Temp. 39. — P. 96. — Soir, Temp. 40.7. — P. 116.

Le 28. — Ce matin, un peu de souffle en arrière et à droite ; râles muqueux à gauche ; délire très prononcé pendant la nuit ; nombreuses selles diarrhéiques. Matin, Temp. 39.8. — P. 112. — Mort à 2 h. 50 du matin, le 29.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine on trouve : à droite, une très grande adhérence du poumon au niveau des côtes, même adhérence au niveau du diaphragme, le poumon est hépatisé, surtout dans son lobe inférieur, il ne surnage pas dans l'eau. A la coupe il sort un liquide spumeux et blanchâtre, surtout au niveau du lobe inférieur. Par endroit il y a un commencement d'hépatisation grise. Les lobes du poumon droit sont séparés par des fausses membranes, vestige de pleurésie interlobulaire ; à gauche, le poumon est sain.

Le cœur contient de nombreux caillots : à gauche, dans l'oreillette, un gros caillot de couleur foncée ; dans le ventricule, un caillot plus ancien dense et décoloré ; à droite, un énorme caillot blanchâtre avec prolongements dans les vaisseaux pulmonaires.

L'intestin soigneusement nettoyé et examiné ne présente ni infiltration ni ulcération des plaques de Peyer. On constate seulement un peu d'injection du réseau vasculaire. Les autres organes sont sains.

Cette observation présente encore plus d'intérêt que la précédente. Après une fièvre continue d'une durée de 12 jours, on ne trouve rien à l'entrée qui puisse expliquer l'état du malade. Il y a eu des épistaxis nombreuses, la diarrhée a été ininterrompue. Bientôt vont apparaître des taches rosées lenticulaires non seulement sur l'abdomen, mais à la partie postérieure du thorax, du gargouillement dans la fosse iliaque droite ; mais la langue restera nette, et ne présentera pas les caractères de la langue typhoïde. En revanche, les signes du côté du poumon vont aller en s'accentuant pour passer des râles ronflants et sibilants et de la respiration un peu soufflante,

au souffle tubaire à droite, les râles persistant à gauche. Vers la fin de la maladie, la dyspnée a été intense.

Est-ce une bronchite capillaire ? Non, car il n'y a pas eu de bronchite au début, la température a été très élevée, mais le pouls n'a pas suivi cette marche ascendante. De plus, les symptômes nerveux, céphalalgie, délire, ont été dominants.

Est-ce une fièvre typhoïde ? Les épistaxis du début, la continuité de la fièvre dans les premiers jours, les phénomènes abdominaux, les taches rosées lenticulaires, les accidents cérébraux, tout cela appartient bien à la fièvre typhoïde, et nous ne pouvons que répéter ce que nous disions à propos de l'observation précédente : c'est ailleurs qu'il faut rechercher les éléments du diagnostic. A partir du 14e jour, la température s'élève sans rémission matinale bien marquée jusqu'à 41° ; un jour même il n'y a aucune rémission. Puis nous voyons alors le thermomètre tomber brusquement à 37.5 et 37. Est-ce là une chute normale ? Non, car lorsqu'on trouve une défervescence aussi prononcée, elle arrive, ainsi que l'a signalé Wunderlich, du 5e au 8e jour ; c'est ici le 18e jour. Puis surviennent deux accès de fièvre violents, et il est impossible de croire ici à des accès critiques, car bientôt la température, sans aucune cause ordinaire à la fièvre typhoïde, va remonter à 41°, où elle se maintient avec des rémissions de plus d'un degré jusqu'à la mort. Rien dans cette marche thermique n'indique le tableau si net de la fièvre typhoïde. Le même diagnostic est en contradiction avec la date d'apparition des autres phénomènes : la diarrhée dès le début (ce qui est tout-à-fait exceptionnel), l'éruption des taches rosées lenticulaires très tardive, la céphalalgie persistante, le délire qui n'apparaît que rarement dans la fièvre typhoïde où domine plutôt la stupeur. Or, la stupeur a fait défaut ; et s'il s'agissait d'une forme ataxique, le délire eût été plus précoce, et se serait accompagné d'autres phénomènes, tremblements convulsifs des membres, soubresauts de tendons, qui n'ont pas existé ici. C'est le diagnostic de grippe qui avait été établi par M. le professeur Bourru dès les premiers jours de traitement du malade. Un autre argument d'un grand poids tant pour ce cas

que pour celui rapporté ci-dessus, c'est l'absence de fièvre typhoïde à Rochefort. Cette affection n'y est pas endémique, soit dans la population civile, soit dans la population militaire. Les rares épidémies observées depuis un certain nombre d'années sont restées bien bornées au point de vue des hommes atteints (car c'est dans les casernes qu'elles ont été observées), et leur origine a pu toujours être nettement établie comme venant du dehors, et il n'existe en ce moment aucune épidémie de ce genre. C'est donc bien à une forme de grippe que nous avons affaire, forme anormale, mais décrite. Le Dr Malcorps en dit : « La grippe est une maladie générale très « voisine de la fièvre typhoïde, consistant comme cette dernière en « une altération du sang, et produite par un miasme *sui generis* (1). » Gintrac signale aussi les symptômes typhoïdes ; Nonat enfin les décrit dans l'épidémie de 1837, et il en fait remonter la cause à l'état du sang qui constitue toute la maladie et qui produit ses différentes formes.

Cet état du sang a été prouvé pendant la maladie de notre sujet par de l'albuminurie, ayant donné une albumine non rétractile, albumine qui ne provenait donc pas d'un état morbide du rein, mais au contraire d'une infection du sang permettant la sortie des principes albumineux du sang à travers les éléments sains de l'organe excréteur.

L'autopsie est venue confirmer le diagnostic d'influenza. Du côté des poumons, des signes de pneumonie et un commencement d'hépatisation grise, qui prouve la cause infectieuse de la maladie. Les plèvres présentent aussi les altérations d'une phlegmasie certaine. Le cœur contient des caillots blanchâtres, anciens, volumineux ; le myocarde est sain : c'est donc à l'état du sang qu'il faut attribuer leur formation. Le point le plus intéressant dans l'examen anatomique, est l'état des intestins. Dans cette maladie d'aspect typhoïde,

(1) Malcorps, *La grippe et ses épidémies* (Bruxelles 1873).

les intestins ne présentent aucune lésion. Les plaques de Peyer sont saines, sans qu'on puisse arguer de leur guérison, vu la persistance des symptômes pendant la vie. C'est donc bien à une forme grave de grippe qu'il faut arrêter le diagnostic.

L'épidémie dont l'histoire vient d'être retracée a revêtu des formes bien différentes, mais elle garde toujours, malgré la prédominance de tel symptôme, de telle localisation, un caractère général qui permet de la rattacher à la même cause.

Depuis le simple coryza et l'angine, jusqu'à la pneumonie la plus grave, à la gastro-entérite mortelle, que de formes, ou simples ou compliquées, n'a-t-on pas eu à observer? C'est là précisément le caractère de la GRIPPE, sous l'influence du même génie épidémique, de produire des états si divers.

On a essayé de diviser la grippe en grandes catégories, suivant le siège des localisations et suivant les symptômes. Dechambre a établi une grippe thoracique, une grippe abdominale et une grippe nerveuse ou cérébrale. « Cette division, dit Jaccoud, a été inspirée « par une observation exacte des faits (1). »

La grippe a une prédilection marquée pour l'appareil respiratoire; mais, pour constantes qu'elles soient, les déterminations catarrhales sur les voies aériennes ne constituent pas toute la maladie. On peut, dans la forme thoracique, observer tous les degrés : tantôt ce n'est qu'un simple coryza, tantôt une angine légère, accompagnée quelquefois d'un peu de fièvre, mais constamment compliquée de laryngite avec enrouement. C'est un phénomène constant chez tous nos malades, très souvent même il y a aphonie. Ce symptôme d'ailleurs est fort commun, et, d'après Ozanam, il fut l'un des premiers notés dans une épidémie qui eut lieu au XV^e^ siècle, bien avant cette épidémie de 1580, à laquelle commence l'histoire de la grippe. Puis vient la bronchite, s'accompagnant de fièvre. C'est dans la grippe une manifestation si commune, qu'on a voulu faire de celle-ci un simple catarrhe bronchique. Mais, en fait, la grippe diffère du catarrhe par son développement épidémique, par ses symptômes qui ne restent pas bornés à ceux produits par un catarrhe

(1) Jaccoud, *Path. interne*, Grippe.

des bronches ; elle en diffère encore par sa marche et souvent aussi par sa gravité (Jaccoud).

Des complications nombreuses peuvent, en effet, survenir, et parmi celles-ci la pneumonie et la pleuro-pneumonie sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce sont elles qui, dans l'épidémie de Rochefort, ont été les plus nombreuses et ont causé le plus de morts. Forestus, à Delft, en 1580, constate que si on néglige la maladie, elle dégénère facilement en péripneumonie, pouvant entraîner la mort. Riverius, la même année, constate un grand nombre de décès paraissant provenir d'une congestion du poumon avec fièvre hectique. Les complications pulmonaires furent la caractéristique de l'épidémie de 1837, et tous les auteurs notèrent la différence de cette pneumonie grippale avec la pneumonie. On trouve dans la communication de Piorry à l'Académie, tous les caractères des pneumonies dont nous avons donné des exemples. Piorry se base, pour établir le diagnostic différentiel, sur l'absence du râle crépitant du début, l'existence d'emblée du souffle tubaire, les crachats d'apparence spumeuse et salivaire, la dyspnée, la mortalité plus grande que dans les pneumonies fibrineuses.

Dans toutes les déterminations du côté des voies respiratoires, il est un accident que nous avons vu fréquent et pour lequel on a proposé diverses explications : c'est la dyspnée, souvent intense, qui se montre dans les bronchites et les pneumonies. Souvent cette dyspnée existe avec une grande intensité, alors que les signes physiques fournis par l'exploration ne font découvrir que des lésions insignifiantes. Pour Piorry, les spumes d'abord, puis plus tard les mucosités, obstruant et encombrant les bronches, en seraient la cause. Dans les cas graves cette explication satisfait complètement, mais elle se trouve en défaut pour les cas légers où les lésions sont presques nuls. Aussi, Graves (1) admet comme cause une action

(1) Graves, *Leçons de clinique médicale.*

directe du poison contenu dans le sang, sur les extrémités nerveuses de l'appareil respiratoire. Le sang vicié donnerait lieu à une paralysie véritable des terminaisons nerveuses de la dixième paire crânienne, d'où congestion du poumon, emphysème, difficulté de l'hématose, dyspnée intense. Les résultats des autopsies relatées ci-dessus concordent bien avec cette théorie. Il est cependant un élément dont il faut tenir un grand compte, ce sont les caillots trouvés dans le cœur. Toujours le cœur droit contenait des caillots blanchâtres, anciens par conséquent, souvent très volumineux (dans un cas, on pourrait les comparer à un gros œuf de poule). Leur présence a dû, pendant la vie, apporter à la circulation une gêne considérable, qui, par l'obstacle à l'arrivée du sang dans le poumon, et par le défaut d'hématose en résultant, peut parfaitement rendre compte de la dyspnée observée chez les malades.

La forme abdominale de la grippe est le plus souvent légère. Sous forme de diarrhée elle vient compliquer le catarrhe des bronches, sans présenter une bien grande intensité. Une médication appropriée en vient facilement à bout. Dans quelques cas, les symptômes gastro-intestinaux peuvent acquérir une importance telle qu'ils constituent toute la maladie, qui revêt alors une apparence typhoïde (Gintrac, Bordeaux, 1837) (Bailly, épidémie de Bains, 1866) (Malcorps, communication à l'Académie de Bruxelles, 1873). Cette forme typhoïde diffère du typhus abdominal par bien des symptômes, ainsi que nous l'avons vu, et surtout par l'absence des lésions des plaques de Peyer, lésions qui n'existent à aucun degré dans l'intestin.

Les accidents nerveux sont constants. Les cas les plus légers d'angine ou de bronchite s'accompagnent de céphalalgie quelquefois violente, de névralgies diverses, de courbature, de lassitude, de vertiges. Dans les cas de quelque importance, le délire est bien marqué, violent même ; il y a des tremblements convulsifs des membres, des soubresauts de tendons. Un grand nombre d'auteurs signalent ces phénomènes (Mercatus, en Espagne, 1580 ; Bockelius, en Allemagne, à la même époque) ; Raige-Delorme, Ozanam, Jaccoud).

Après la guérison peuvent même persister, du côté du système nerveux, des manifestations diverses. Un malade atteint de pleuro-pneumonie eut, dans le cours de sa maladie, un délire violent avec hallucinations. Il cherchait à se lever, se promenait dans la salle. Ces symptômes alternaient avec de la stupeur. On vit survenir de la surdité avec de l'hébétude. Aujourd'hui ce malade est en pleine convalescence, tous les accidents du côté de la plèvre et du poumon ont disparu, et cependant la surdité persiste, quoique à un degré moins prononcé. Ce n'est pas là assurément un accident imputable à la pneumonie, c'est bien une manifestation cérébrale de la grippe. Il est évident que chez ce malade les centres nerveux ont été touchés, les symptômes observés en sont la meilleure preuve. On a vu dans des épidémies la grippe aboutir au délire frénétique et amener la mort (Raige-Delorme), on l'a vu aussi se terminer par l'aliénation mentale (Bonnet, Bordeaux).

Il est une question qui fut soulevée pour la première fois à propos de l'épidémie de grippe de Paris en 1848 et 1849, et dans le grand duché de Bade, à la même époque: nous voulons parler de l'identité de la grippe et de la méningite cérébro-spinale. On voulut faire de la méningite cérébro-spinale une forme de grippe, opinion combattue par Brochin (1). Or, à Rochefort, il y a eu six cas de méningite cérébro-spinale constatés, quatre dans les casernes, deux dans la population civile. Les personnes atteintes n'avaient eu entre elles aucune communication; il n'y a eu non plus à incriminer aucune des causes auxquelles on attribue généralement cette affection, (encombrement, fatigues excessives avec défaut d'alimentation, etc.). Le peu de nombre de cas et leur dissémination permettent difficilement de penser à un foyer épidémique. La méningite cérébro-spinale étant une maladie à laquelle on ne saurait refuser le caractère infectieux, peut-être serait-il permis de croire que le milieu épidé-

(1) Art. *Fièvre catarrhale,* in *Dict. des sciences médicales.*

mique que crée la grippe favorise son éclosion, peut-être même que, dans ces cas, la méningite cérébro-spinale n'a été qu'une forme de grippe.

Ces trois formes de grippe s'accompagnent d'accidents divers, et suivent une marche qui reste presque toujours identique. Le début est rarement brusque, il y a une période prodromique, marquée par de la lassitude, de la céphalalgie, quelquefois des nausées, des vertiges, puis surviennent des frissonnements avec sensation de froid, qui peuvent durer vingt-quatre heures. La convalescence, au lieu de se faire rapidement, traîne au contraire, et sa longueur est souvent en disproportion complète avec le peu de gravité de l'attaque. Pendant quinze jours, trois semaines, il y a de l'inappétence, un manque de force, des névralgies : ces phénomènes sont communs dans la grippe ; pour Raige-Delorme, Brochin, etc., ils servent à caractériser l'affection.

Les hémorrhagies sont très fréquentes. Nous avons vu les crachats de bronchite légère contenir du sang en assez grande quantité. Les épistaxis ont été excessivement communes. Il y a eu enfin deux cas d'hématurie. Les hématuries furent notées en assez grande quantité par Voisin, à Limoges, en 1837. On sait que Law, en 1779, observa même des métrorrhagies. Les hémorrhagies de toutes sortes furent très nombreuses pendant l'épidémie de Russie, en 1782. C'est évidemment à une modification du sang qu'il faut attribuer cette tendance des grippes à l'hémorrhagie. C'est à la même influence qu'il faut sans doute attribuer les taches rosées lenticulaires qu'on peut retrouver dans toutes les manifestations de la grippe (Venot, Bordeaux) (Gintrac). On peut même voir survenir des pétéchies (Pauly, 1730) et des éruptions de toute nature, jusqu'à l'urticaire (Gintrac), et cela, quelle que soit la forme en cause.

Si l'on passe à l'examen anatomique des lésions observées, on trouve une variété très grande. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'état du sang. D'après Cardan, dès le milieu du XVI^e^ siècle,

l'ouverture des cadavres fit voir la trachée et les poumons pleins d'une humeur sanieuse. Lancisi trouve les poumons gorgés de sang noir ; le cœur et les gros troncs veineux contiennent des caillots polypeux. Pour Nonat (*Arch. gen. de méd.*, 1837), le sang est plus fluide qu'à l'état normal. On trouve des caillots séparés du sérum et moins nets que d'habitude. Brochin trouve du sang noir et diffluent. Constamment, dans les autopsies faites à Rochefort, on a trouvé des caillots dans le cœur droit et les gros vaisseaux veineux, quelquefois même jusque dans les artères pulmonaires. Généralement le sang était noir, poisseux, rarement fluide. Ce dernier caractère se rencontrerait, d'après Jaccoud, surtout chez les vieillards, la présence des caillots étant plus commune chez les sujets jeunes.

Toujours, les bronches et les poumons contenaient un liquide spumeux, d'apparence salivaire. Les poumons étaient le plus souvent congestionnés fortement, sans existence de pneumonie. Ce sont les cas semblables que Jaccoud rapproche des phénomènes produits par la paralysie des nerfs vagues.

Enfin, outre les lésions propres à chaque localisation (pneumonie, pleurésie, etc.), on trouvait souvent les muqueuses du pharynx ou de l'estomac hypérémiées, ainsi que des arborisations de l'intestin.

Quelle est la cause de la grippe ? On l'a tour à tour attribuée au froid, aux variations brusques de température, à l'influence des marais, à l'influence de l'ozone. Aucune de ces opinions n'est soutenables devant les faits.

On a observé la grippe en plein hiver en Angleterre, en même temps qu'elle régnait au Cap de Bonne-Espérance, c'est-à-dire en pleine saison chaude. On l'a observée dans toutes les saisons, il est donc difficile d'incriminer le froid. Dans les pays tropicaux où les variations de température ne sont que de quelques degrés, on ne peut guère rapporter la grippe à ces variations.

Certaines observations cependant semblent en contradiction avec cette manière de voir. A Genève, d'après Lombard, c'est chez les

militaires, exposés plus que personne aux influences climatériques, que la grippe avait pris naissance. Des gens furent épargnés en gardant soigneusement la chambre.

Aussi Fuster, Monneret, Brochin, veulent ne voir dans la grippe qu'une fièvre catarrhale résultant d'influences climatériques. Ce n'est pas là ce que l'observation nous a montré, et nous nous rangeons absolument à l'opinion de Laveran. « La grippe, dit-il, bien « qu'elle soit analogue au catarrhe vulgaire, en diffère trop au point « de vue de l'étiologie et à celui du développement épidémique, « pour qu'il soit possible de confondre ces deux espèces morbides. « Les grandes épidémies de grippe sont tout-à-fait inexplicables par « la théorie banale du refroidissement (1). » Les faits exposés ici sont en contradiction avec l'opinion qui considère l'influence des variations atmosphériques comme le seul facteur de la maladie. Les matelots ont été aussi bien frappés, et pour quelques-uns, aussi sévèrement que les soldats, et cependant ils sont bien moins exposés que ces derniers aux fatigues et aux exercices en plein air. De plus, les soldats logés dans la partie basse de la ville, et qui ont pour champ de manœuvre un terrain humide et planté d'arbres, n'ont pas été plus frappés que leurs camarades mieux partagés qu'eux sous ce rapport. Enfin l'hiver a été très doux et la température n'est pas descendue au-dessous de 0°.

Le paludisme ne peut pas être invoqué comme cause, puisque la grippe a aussi bien régné sur les lieux élevés et les montagnes que dans les marais.

Ce qu'on peut dire, c'est que la grippe semble affectionner les centres peuplés et épargner les campagnes.

Tous les auteurs se trouvent d'accord pour faire de la grippe une maladie spécifique générale, dépendant d'une cause générale, affectant tout l'organisme, mais pouvant porter sur tel ou tel appareil

(1) Laveran, *Traité des épidémies des armées.*

(Pétrequin) (1), c'est aussi la conclusion de Raige-Delorme, Laveran, Jaccoud, Malcorps, etc., etc.

Etant épidémique, la grippe est-elle contagieuse ? Cette question de la contagion se trouve posée pour la première fois, dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1837. Pétrequin, dans le mémoire déjà cité, et publié dans ce journal, la même année, discute cette question. Certains faits cités sembleraient devoir fournir des preuves de la contagion : ainsi, on rapporte qu'une personne arrivant de Paris, où régnait l'épidémie, est atteinte de grippe dans une ville de province, et l'on voit bientôt la grippe régner à l'état épidémique dans la localité. Pétrequin rapporte que dans une prison la grippe frappe d'abord les surveillants en communication avec le dehors, pour s'étendre de là aux détenus. Ces faits et d'autres semblables, sans permettre d'affirmer la nature contagieuse de la grippe, ne permettent pas non plus de la nier, et s'il fallait conclure, c'est le doute seul qu'il faudrait admettre (Pétrequin). Il est impossible, dans l'épidémie de Rochefort, de rien trouver pour servir à éclairer une question cependant si intéressante.

Le pronostic de la grippe est en général variable. Dans quelques épidémies on l'a vue revêtir une gravité très-grande. C'est ainsi que Cardan cite une épidémie au XVI^e^ siècle, où les morts furent si nombreuses, qu'on crut à un empoisonnement des eaux potables. L'épidémie de 1837 fut encore très meurtrière. Mais, à l'heure actuelle et depuis déjà de longues années, il n'y a pas eu d'épidémies graves. Si le pronostic est fâcheux pour certains malades, ce sera

(1) Pétrequin, Recherches pour servir à l'histoire générale de la grippe de 1837, en France et en Italie (*Gaz. méd. de Paris* 1837).

surtout pour les vieillards et les gens débilités. C'est ce qui est arrivé dans la population civile. Mais où donc faut-il rechercher la cause des cas de mort survenus chez de jeunes soldats ou matelots, d'une excellente santé apparente, au moment où ils ressentirent les premiers symptômes de la grippe ?

C'étaient, pour une certaine partie, de jeunes soldats, au corps depuis quelques mois à peine. Ils avaient à s'acclimater à un milieu tout nouveau pour eux, et à subir les fatigues inhérentes au métier militaire. L'agglomération des casernes crée en outre un milieu très favorable à toute épidémie. Ces raisons suffisent amplement pour expliquer chez ces hommes, une prédisposition à être frappés plus sévèrement que la population civile, prédisposition générale à laquelle il faut joindre une moins grande résistance individuelle. Molitor, en 1734, remarque que la malignité d'une épidémie de grippe fut bien plus accusée sur les soldats de l'armée française, devant Philisbourg, ainsi que sur l'armée d'Allemagne, qui venait au secours de la place, que sur la population civile. Desmars, en 1758, constate que les symptômes d'une épidémie de grippe qui régnait sur toute la ville de Boulogne-sur-mer, avaient acquis une gravité singulière sur la population militaire, et avaient fait revêtir à la maladie une forme typhique et ataxique.

Il n'y a que peu de chose à dire du traitement, car il est impossible, pour des formes si différentes, d'employer une règle unique. Pour MM. Moutard-Martin et Dujardin-Beaumetz (1), la quinine et l'aconit donneraient d'excellents résultats dans la forme thoracique de la grippe. Mais ce qu'il faut surtout, c'est un traitement symptomatique qui sera modifié suivant les diverses modalités de l'affection.

C'est ce qui a été fait à Rochefort. Contre la diarrhée l'opium a

(1) *Leçons de clinique thérapeutique.*

donné de bons résultats ; contre la fièvre, la quinine et la digitale ; contre les accidents nerveux l'opium et l'aconit, ce sont les seuls médicaments qui aient été employés d'une façon un peu générale. Les ventouses scarifiées dans les pneumonies, à la période initiale, ont procuré une grande amélioration. Toujours les malades ont pris de l'alcool, sous différentes formes, et ont pu ainsi supporter leur maladie et permettre l'élimination de l'élément infectieux.

Les renseignements puisés dans les différents auteurs qui ont traité de la grippe, nous fournissent tous la même conclusion : soutenir les forces du malade, pour permettre à la maladie d'évoluer favorablement, et traiter les symptômes à mesure qu'ils apparaissent.

Vu bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

Dr LAYET.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 7 avril 1886.

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.